FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928

THÈSE

N° 158

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert LEJEUNE

Né à Larche (Corrèze), le 9 mars 1901

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ DE L'HOPITAL BOUCICAUT PENDANT L'ANNÉE 1926

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1928 — THÈSE — N° _

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Robert LEJEUNE

Né à Larche (Corrèze), le 9 mars 1901

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ DE

L'HOPITAL BOUCICAUT

PENDANT L'ANNÉE 1926

Président : M. COUVELAIRE, *professeur.*

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

JOUVE & Cie, ÉDITEURS

15, RUE RACINE, 15

1928

LE DOYEN . . . M. ROGER.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale	CUNÉO.
Physiologie	ROGER.
Physique médicale	STROHL
Chimie organique et chimie générale	DESGREZ.
Bactériologie	LEMIERRE.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales	Marcel LABBÉ.
Pathologie médicale	SICARD.
Pathologie chirurgicale	LECÈNE.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOEPER.
Hygiène	Léon BERNARD.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	MÉNÉTRIER.
Pathologie expérimentale et comparée	RATHERY.
Clinique médicale	CARNOT. BEZANÇON. ACHARD. WIDAL.
Hygiène et clinique de la première enfance	MARFAN.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	JEANSELME.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	TEISSIER.
Clinique chirurgicale	DELBET. HARTMANN LEJARS. GOSSET.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	LEGUEU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE. BRINDEAU. JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.-L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	VAQUEZ.
Clinique oto-rhino-laryngologique	SEBILEAU.
Clinique thérapeutique chirurgicale	DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Professeur sans chaire	BRANCA.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.	
ABRAMI . . .	Pathologie médicale.
ALAJOUANINE.	Neurologie et psychiatrie.
AUBERTIN. .	Pathologie médicale.
BASSET . . .	Pathologie chirurgicale.
BAUDOUIN. .	Pathologie médicale.
BINET	Physiologie.
BLANCHETIÈRE	Chimie biologique.
BROCQ. . . .	Pathologie chirurgicale.
BRULÉ. . . .	Pathologie médicale.
CADENAT . .	Pathologie chirurgicale.
CHIRAY . . .	Pathologie médicale.
CLERC. . . .	Pathologie médicale.
DEBRÉ	Hygiène.
DUVOIR . . .	Médecine légale.
ÉCALLE . . .	Obstétrique.
FIESSINGER .	Pathologie médicale.
GARNIER . .	Pathologie expérimentale
GATELLIER .	Pathologie chirurgicale.
HARVIER. . .	Pathologie médicale.
HEITZ-BOYER	Urologie.
HOVELACQUE .	Anatomie.
HUTINEL. . .	Pathologie médicale.

MM.	
JOYEUX . . .	Parasitologie.
LABBÉ (Henri)	Chimie biologique.
LARDENNOIS	Pathologie chirurgicale
LEMAITRE. .	Oto-rhino-laryngologie
LEROUX. . .	Anatomie pathologique.
LÉVY-SOLAL.	Obstétrique.
LHERMITTE .	Pathologie mentale.
LIAN.	Pathologie médicale.
MATHIEU. . .	Pathologie chirurgicale
METZGER . .	Obstétrique.
MONDOR. . .	Pathologie chirurgicale,
MOURE. . . .	Pathologie chirurgicale.
MULON. . . .	Histologie.
PHILIBERT. .	Bactériologie.
QUÉNU. . . .	Pathologie chirurgicale
RICHET Fils. .	Physiologie.
SÉZARY . . .	Dermatologie et syphiligraphie.
VALLERY-RADOT (Pasteur) . .	Pathologie médicale.
VAUDESCAL.	Obstétrique
VELTER. . . .	Ophtalmologie.
VERNE. . . .	Histologie.

III.—AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM.	
GOUGEROT . .	Pathologie médicale.
GUÉNIOT. . .	Obstétrique.

MM.	
RETTERER. .	Histologie.
TANON. . . .	Pathologie médicale

IV.— AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE

A TITRE PERMANENT

MM		MM.	
ALGLAVE . .	Clinique chirurgicale.	LERI	Clinique médicale.
AUVRAY. . .	Clinique chirurgicale.	MOCQUOT . .	Clinique chirurgicale
CHEVASSU. .	Clinique chirurgicale.	PROUST . . .	Clinique chirurgicale.
LAIGNEL-LAVASTINE .	Clinique médicale.	SCHWARTZ .	Clinique chirurgicale.
LE LORIER. .	Clinique obstétricale.	VILLARET . .	Clinique médicale.
LEREBOULLET.	Clinique médicale infantile.		

V. — CHARGÉS DE COURS

MM. MAUCLAIRE, agrégé. . . .	Chargé du cours de chirurgie orthopédique chez l'adulte pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes adultes
FREY.	Stomatologie.
CHAILLEY-BERT.	Education physique.
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions, émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MES DEUX AINÉS

JEAN ET RENÉ LEJEUNE

décédés le 5 février 1915

A MA MÈRE

A MON PÈRE

A MON FRÈRE

A MA SŒUR

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR COUVELAIRE

Professeur de Clinique obstétricale
Accoucheur de la Maternité Baudelocque
Officier de la Légion d'honneur

Avec l'expression de notre profonde reconnaissance pour le très grand honneur qu'il nous fait en acceptant la présidence de cette thèse.

A MON MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR LE LORIER

Accoucheur de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'honneur

Qu'il trouve ici l'hommge de notre profonde gratitude.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

FONCTIONNEMENT DE LA MATERNITÉ
DE
L'HOPITAL BOUCICAUT
PENDANT L'ANNÉE 1926

INTRODUCTION

Dans le but de poursuivre l'étude de fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut, étude commencée par le Dr Henry en 1924 et continuée par le Dr Piry en 1925, M. le Dr Le Lorier a bien voulu nous confier le soin de fournir un compte rendu détaillé de tout ce qui s'est accompli dans son service au cours de l'année 1926.

Toutefois nous avons cru devoir modifier en partie le plan suivi par MM. les Drs Henry et Piry, plan inspiré de celui qu'adoptèrent MM. les Drs Job, Géant Demelin, Baudrillart et Ballaire dans leurs thèses, *Fonctionnement de la Maternité de la Clinique Baudelocque* pendant les années 1921, 1922, 1923, 1924, 1925.

Nous avons également joint à nos statistiques les pourcentages des cas les plus intéressants à connaître, notamment ceux des présentations des grossesses gémellaires, des décès maternels et infantiles.

Nous prions enfin M. le Dr Le Lorier de trouver ici avec tous nos remerciements l'expression de notre profonde gratitude pour l'enseignement que nous avons reçu dans son service durant l'année 1926 et pour l'accueil bienveillant que nous y avons toujours trouvé depuis.

PREMIÈRE PARTIE

LES CONSULTATIONS

1° *Consultation prénatale* a lieu tous les jours, sauf le samedi, de 9 heures à midi ; mais les lundis, mercredis et vendredis servent de consultation générale, tandis que les mardis sont réservés en principe aux cas de pathologie de la gestation et les jeudis aux cas de dystocie.

Nombre de consultantes	2.400
Consultations données.	6.216

Femmes traitées par la consultation :

Sièges	28
Présentations de l'épaule	9
Albuminurie	25
Fibromes	7
Pertes de sang.	14
Hypertension	29

2° Une consultation au dispensaire de prophylaxie antivénérienne a lieu le samedi matin de 9 heures à midi. Elle fonctionne en liaison avec la consultation syphiligraphique de l'Hôpital Boucicaut, qui fonctionne le soir à 20 h. 30, mais celle de la

Maternité est suivie plus volontiers par nos mères et nos enfants comme plus discrète. Les pères n'y viennent pour ainsi dire pas, car la consultation du soir est plus commode pour eux.

Femmes inscrites au registre	98
Enfants inscrits au registre	31
Femmes ayant suivi un traitement régulier . .	62
Enfants ayant suivi un traitement régulier. .	22

3° Une consultation de gynécologie a lieu les mardis et jeudis matin à 9 heures et le vendredi à 20 h. 30. Celle du jeudi est plus particulièrement consacrée à la stérilité et aux traitements.

Nombre de consultantes	107

4° Consultation des nourrissons ; les mardis et samedis à 13 h. 30.

Nombre de consultations	3.704
Enfants présentés aux consultations . . .	550
Enfants allaités au sein	402
Enfants soumis à l'allaitement mixte . . .	65
Enfants soumis à l'allaitement artificiel . .	83

DEUXIÈME PARTIE

LE SERVICE D'ACCOUCHEMENT

Hospitalisation.

Statistique.

Total des femmes hospitalisées	2.303
Total des accouchements	1.970
Total des avortements (les avortements sont en très petit nombre car la plupart sont évacués sur le service de chirurgie)	4
Accouchements multiples : 22	
Mono-vitellines	1
Bivitellines	21
Forceps	59
Versions internes	8
Craniotomies	0
Embryotomies	0
Pubiotomies	2
Hystérotomies : Hautes	3
— Basses	15
Hystérectomies	1
Avortements thérapeutiques	2
Accouchements provoqués	1
Dilatation artificielle	4
Incisions du col	3
Symphysiotomies	3

Opérations gynécologiques 22
Gestations ectopiques 0
Mortalité maternelle totale 6
Mortalité maternelle par infection 4
Chiffre total des naissances : 1.977, dont :

Plus de 4.000. 99
Moins de 2.500 117
Moins de 2.000 100

Fœtus morts pendant la gestation : 19, dont :

Plus de 4.000. 2
Moins de 2.500 6
Moins de 2.000 11

Fœtus morts pendant le travail ; 8, dont :

Plus de 4.000. 1
Moins de 2.500 1
Moins de 2.000 5

Enfants morts pendant leur séjour à la Maternité : 38, dont :

Plus de 4.000. 1
Moins de 2.500 7
Moins de 2.000 21

Enfants sortis vivants : 1.912, dont :

Plus de 4.000. 75
Moins de 2.500 98
Moins de 2.000 42

CHAPITRE PREMIER

PATHOLOGIE DE LA GESTATION (1)

Albuminurie. Hypertension. Œdème.

158 observations.

76 primipares, 82 multipares.

On observe :

128 accouchements à terme ou au voisinage du terme.

13 accouchements au terme de 8 mois.

15 accouchements au terme de 7 mois.

Il y eut 2 avortements l'un à 2 mois 1/2, l'autre à 5 mois 1/2.

On note :

Albumine seule	50
Hypertension seule	35
Œdème seul	3
Albumine et hypertension	27
Albumine et œdème	10
Hypertension et œdème	12
Albumine, hypertension et œdème	21

Comme complication, on remarque :

4 céphalées tenaces.

1. Nous avons rapporté tous les cas pathologiques de la grossesse par ordre alphabétique.

4 femmes firent des accidents pré-éclamptiques (céphalées, nausées, vomissements, troubles visuels, barre épigastrique de Chaussier).

1 seule eut une crise d'éclampsie (obs. 718 rapportée à Eclampsie).

On pratiqua 17 saignées variant de 200 à 500 gr.

L'examen du placenta révéla :

7 infarctus.

6 hématomes rétro-placentaires.

Mortalité fœtale :

13 dont 7 morts et macérés.

Avortements. (1)

4 observations.

(N^{os} 717, 779, 1526, 1735).

Dans 1 cas on a trouvé comme cause la syphilis confirmée par examen sérologique (obs. 1526).

Dans 1 autre cas (obs. 1736) l'insertion basse comme cause probable.

Dans 2 cas, la cause de l'avortement n'a pu être déterminée.

Ces 4 avortements se sont produits :

1 à six semaines environ.

3 entre le cinquième et sixième mois.

3 en un seul temps.

1 en deux temps.

1. Ce petit nombre d'avortements s'explique du fait que la plupart des avortements sont envoyés dans un service de chirurgie.

Dans un cas (obs. 1736) on eut un fœtus vivant du sexe féminin pesant 660 grammes et décédé cinq heures après.

Toutes les femmes eurent des suites de couche normales et sortirent en très bon état.

Arthrite Gonococcique.

Obs. 1090. — I-pare atteinte au septième mois de sa grossesse d'une arthrite gonoccoccique au niveau du genou droit. Traitée par ponctions et injections de sérum antigonoccique de Pasteur, la malade va mieux. Elle accouche normalement d'un enfant pesant 3.410 grammes. A partir de ce moment-là, la malade n'a plus de fièvre, commence à marcher et sort en bon état.

Bartholinite.

Obs. 2050. — Concerne une femme atteinte d'une bartholinite au cours de sa grossesse. Celle-ci évolue normalement, la femme accouche très bien, présente une légère poussée fébrile dans ses suites de couches mais sort néanmoins le dixième jour en bon état.

Cardiopathies.

12 observations.

(N^{os} 32, 385, 523, 974, 1605, 1708, 1802, 1937, 1994, 2060, 2073, 2088.)

4 primipares, 8 multipares.

On observe :

4 insuffisances aortiques.

3 insuffisances mitrales.

2 arythmies.

1 rétrécissement mitral.

1 dextrocardie.

1 léger éréthisme cardiaque.

Pas d'accidents graves au cours de la gestation ; deux seulement présentèrent de légers accidents (hyposystolie légère avec un peu de dyspnée et léger œdème).

Il y eut onze accouchements à terme ou voisins du terme, un prématuré à sept mois.

On note comme interventions ;

1 saignée pour hypertension.

1 forceps dans le cas de rétrécissement mitral.

Les suites de couche furent parfaitement normales excepté pour deux dont :

Une fit une poussée fébrile le septième et huitième jour et l'autre arythmique présenta une recrudescence d'intermitences cardiaques.

Toutes les femmes sortirent en bon état.

Mortalité maternelle : 0

Mortalité infantile : 1 prématuré de sept mois, mort deux heures après.

Eclampsie.

Obs. 718. — II-pare. Premier accouchement à sept mois d'une fille morte deux heures après.

La femme présente vers le quatrième mois de sa grossesse des traces d'albumine. Un mois après, elle

souffre de maux de reins, de céphalées et se plaint de fatigue générale. Elle mange néanmoins un peu de viande grillée et des légumes comme à l'ordinaire. Mais, sitôt après, elle est prise de nausées, de vomissements, éblouissements et finalement perd connaissance. Son médecin appelé constate une crise d'éclampsie et l'envoie à la maternité de Boucicaut. On trouve une grossesse de cinq mois et demi. Les bruits du cœur et les mouvements actifs du fœtus ne sont pas perçus. Œdème des membres inférieurs. T. A. = 18 1/2-11, pouls 100. Albumine +. On lui fait une saignée de 500 grammes avec un grand lavage intestinal. La tension tombe à 15/8 et la femme accouche en deux temps d'un fœtus mort. Pas d'autre crise. Sortie en bon état.

Eczéma.

Obs. 2026. — I-pare qui n'ayant jamais eu d'eczéma de sa vie antérieure en présenta une poussée au cours de sa grossesse qui fut d'ailleurs très normale.

Epilepsie.

4 observations.
(Nos 99, 1738, 1937, 2123.)

L'observation no 99 se rapporte à une épileptique atteinte d'un fibrome prævia pour lequel elle subit une césarienne suivie d'hystérectomie (Voir chap. Opération).

L'observation 1738 se rapporte à une femme ayant eu des crises d'épilepsie dans son enfance mais qui ne présenta aucune crise au cours de sa grossesse, de son accouchement, et de ses suites de couche.

L'observation 1937 se rapporte à une femme bacillaire atteinte en 1921 d'encéphalite léthargique. Depuis cette dernière maladie la femme souffrait de céphalées et de crises à caractère épileptiforme. Au cours de sa grossesse ne présenta qu'une seule crise. Cette dernière débuta par une perception d'odeur forte, puis vomissements, céphalée frontale très vive et perte de connaissance. Pas de secousses musculaires ni de contractions. Torpeur. La malade ne se rendit pas compte de sa chute. A la suite de cette secousse la malade présenta une paralysie cubitale transitoire et qui disparut après traitement par les rayons ultra-violets. Par la suit- l'état de la malade s'améliora. Elle accoucha normalement à terme et partit en bon état.

Obs. 2123. — III-pare de 28 ans. Epilepsie apparue à l'âge de 12 ans 1/2, traitée à la Salpêtrière. Première grossesse, une seule crise avant l'accouchement. Deuxième grossesse, pas de crises.

Troisième et dernière grossesse, 8 crises. Néanmoins elle accouche normalement le 12 décembre. Le 15 décembre à 9 heures une crise d'épilepsie en présence de l'interne qui note : pas de cri initial, convulsions oculaires, chute de la tête sur la table

de nuit, écume à la bouche, perte des urines. Durée de la crise : dix minutes.

Nouvelle crise à 10 heures avec les mêmes symptômes, plus morsure de la langue. La malade est traitée au Gardénal et sort sans autre crise sur sa demande cinq jours après.

Erysipèle

Obs. 1415 bis. — Femme ayant eu un érysipèle en janvier 1925 ; arrive à la maternité en période d'expulsion. On constate la présence d'un nouvel érysipèle. Les bruits du cœur de l'enfant étant modifiés, on fait un forceps et on extrait un enfant que l'on ne peut ranimer. Hémorragie de la délivrance calmée par 1 cm. 3 d'hypophyse. Suites de couches bonnes.

Hématome rétro-placentaire.

Obs. 620. — Femme II-pare fait une fausse couche de deux mois. Présente au cours de sa deuxième grossesse vers le septième mois de l'albumine dans ses urines, de l'hypertension (16-8 au Riva-Rocci) et de l'œdème des membres inférieurs. Hospitalisée, elle est mise à la diète hydrique. Elle accouche quatre jours après d'un enfant mort pesant 2.050 gr., légèrement macéré. En examinant le placenta on constate la présence d'un hématome rétro-placentaire ayant dessiné sur la face utérine de couleur

normale une cupule grande comme une petite paume de main et peu concave. Pas de traces d'infractus.

Hypertension (Voir chapitre Albumine).

Insertion basse du placenta.

Ces observations comportent tous les cas où le placenta se trouve à moins de 10 centimètres de l'ouverture des membranes.

Toutes les grossesses évoluèrent jusqu'au terme ou au voisinage du terme exceptées.

7 qui eurent lieu à sept mois.

1 qui eut lieu à six mois.

Deux fois il y eut des hémorragies au cours de la grossesse, dont deux avec décès d'enfants (obs. 266-340).

Obs. 266. — VI-pare transportée à la Maternité pour une hémorragie qui céde presqu'aussitôt à une injection vaginale chaude. On examine la femme et on trouve une grossesse de sept mois et demi ; enfant vivant, avec un placenta prævia. Le lendemain nouvelle hémorragie plus importante que la première. On déchire les membranes, le liquide amniotique s'écoule et l'hémorragie cesse. Les bruits du cœur de l'enfant ne sont plus perçus. On fait à la malade de la caféine, de l'huile camphrée et du sérum artificiel. Quelques heures après la femme a de petites coliques et l'hémorragie recommence. L'interne tente la pose d'un ballon mais sans succès.

Il se résoud alors à un Braxton-Hicks, malgré une dilatation peu avancée. Le fœtus mort étant de petit volume, il pratique une extraction rapide puis délivrance artificielle montrant un placenta prævia à insertion marginale. La malade est pâle mais son état ne paraît pas alarmant. On lui fait de la caféine, de l'huile camphrée et du sérum à nouveau et elle sort onze jours après en bon état.

Obs. 340. — II-pare, ayant présenté au cours de sa grossesse des hémorragies répétées mais on n'a jamais senti d'épaississement de la paroi au niveau du segment inférieur montrant l'insertion basse du placenta. Traitement des hémorragies et la femme accouche normalement mais l'enfant meurt en cours de travail. Sortie en bon état.

On note 6 interventions.

4 forceps dont :

3 pour lenteur d'expulsion ;
1 pour souffrance fœtale ;

1 césarienne pour présentation de l'épaule irréductible et placenta bas (obs. 1152, voir chap. opérations).

1 version mixte (Braxton-Hicks). Obs. 266.

Il y eut 4 hémorragies de la délivrance ; toutes cédèrent à une injection d'hypophyse.

Maladie de Basedow.

Obs. 1157. — III-pare, première grossesse normale avec enfant vivant, deuxième grossesse à 3 mois. Vient consulter au début de sa grossesse. On trouve une tension élevée 16-8 (Riva-Rocci), chez une basedowienne très nette (petit goître, exophtalmie, tremblement, pouls 140). Durant toute sa grossesse elle ne présenta que de légers accidents (battements cardiaques, œdème des membres et elle accouche sans encombres mais prématurément à 7 mois ½ d'un enfant pesant 1.000 grammes sorti vivant.

Œdème (Voir albumine).

Pyélonéphrite au cours de la gestation.

35 observations.

(N^os^ 443, 475, 482, 492, 702, 710, 734, 744, 891, 952, 982, 996; 1007, 1064, 1080, 1433, 1566, 1620, 1634, 1657, 1760, 1782, 1786, 1788, 1908, 1950, 1954, 2016, 2026, 2071, 2115, 2165, 2170, 2180, 2216.)

Toutes ces observations sont celles de femme dans les urines desquelles l'examen révéla de la pyurie.

22 fois l'examen bactériologique décela la présence du bactérium coli.

34 fois l'accouchement eut lieu au voisinage du terme.

2 fois au terme de 7 mois.

Obs. 2180. — Multipare qui présente vers le cin-

quième mois de sa grossesse une pyélonéphrite gravidique que l'on soigne par le régime et le vaccin de Fisch. On obtient une légère rémission des phénomènes douloureux, mais peu après la femme a une nouvelle poussée et présente un aspect si inquiétant (état thyphique, température 40°, douleurs très vives amenant une contracture abdominale), que l'on traite la femme par la distention vésicale (méthode de Pasteau).

Une débâcle urinaire se produit avec une abondante évacuation de pus. Dès le lendemain la femme va mieux et elle sort de la maternité six jours après en bon état. Néanmoins elle ne peut mener sa grossesse à terme et accouche au terme de 7 mois.

Toutes ces pyélonéphrites furent traitées par le vaccin du Dr Fisch ainsi que par le régime lacto-végétarien. Le vaccin Fisch contient :

1° Un filtrat de coli-bacilles ;

2° Des corps microbiens de coli-bacilles morts ;

3° Un ferment lytique.

Rétention de fœtus morts.

17 observations.

(Nos 26, 147, 210, 216, 266, 311, 319, 340, 449, 771, 840, 869, 1031, 1102, 1396, 1842, 1856.)

La syphilis est confirmée de 2 cas par l'examen sérologique ; elle est probable de 4 cas.

On observe :

1 grosse hypertension et albumine abondante ;

2 placentas insérés bas.

Obs. 771. — III-pare, ayant eu précédemment 2 enfants pesant le premier 5 kgr. 250 décédé cinq heures après ; le deuxième pesant 5 kilogrammes, vivant. Le 30 avril, elle accouche d'un fœtus mort et macéré pesant 6.720 grammes. L'accouchement fut très laborieux surtout au moment du dégagement des épaules, ce qui nécessita du reste l'anesthésie de la parturiente.

Suites de couches normales.

Chaque fois on a attendu le travail spontané excepté dans 2 cas.

Obs. 266. — Hémorragie due à un placenta *a prævia.*

Obs. 1102. — Présentation de l'épaule.

Syphilis.

38 observations.

(N^{os} 31, 32, 390, 391, 433, 440, 451, 473, 499, 636, 660, 721, 726, 739, 798, 827, 828, 840, 862, 870, 1002, 1010, 1014, 1518, 1526, 1594, 1596, 1603, 1622, 1661, 1664, 1667, 1674, 1691, 1697, 1753, 1755, 2247.)

Ces observations sont celles de femmes qui ont présenté une réaction de Bordet-Wassermann positive.

16 femmes furent traitées.

22 ne le furent pas.

Tableau comparatif des résultats de la gestation chez ces 2 groupes de femmes.

	Femmes traitées	Non traitées
Avortements	1	0
Rétention de fœtus morts.	2	0
Accouchement prématuré.	0	2
Au voisinage du terme.	15	20
Enfants morts pendant le travail :		
Nés à terme	0	1
Prématurés	0	0
Enfants sortis vivants	12	21
	Sur 16	Sur 22

Parmi les enfants de femmes traitées, 1 enfant est mort peu après l'accouchement d'une hernie diaphragmatique (obs. 1622).

A première vue le tableau comparatif des femmes traitées et non traitées ne semble pas favorable aux femmes traitées. Cela n'a rien de surprenant car les femmes traitées ne l'on été que tardivement et partant d'une façon peu efficace. Du reste leur traitement a été poursuivi après leur accouchement d'une façon plus rationnelle.

D'autres femmes enfin qui ne présentaient pas de Bordet-Wassermann positif mais chez lesquelles on retrouva des stigmates de syphilis furent également traitées (Voir chap. consultations).

Tuberculose.

18 observations.

(N°s 214, 342, 548, 629, 634, 638, 974, 1184, 1248, 1533, 1547, 1570, 1783, 1847, 2046, 2116, 2130, 2155.)

2 femmes présentèrent une tuberculose évolutive (obs. 548 et 629).

Toutes les femmes accouchèrent spontanément.

16 au voisinage du terme.

2 prématurément au terme de 7 mois.

Cinq fois l'examen bactériologique des crachats montra la présence de bacille de Koch.

6 femmes eurent des suites de couches légèrement fébriles.

Toutes sortirent en bon état exceptées deux :

a) L'une atteinte de folie puerpuérale fut envoyée à Sainte-Anne (obs. 1248 résumée au chap. folie puerpuérale).

b) L'autre fut envoyée dans un service de médecine après l'accouchement (obs. 1783).

Mortalité maternelle : 0.

Vomissements.

8 observations.

(N^{os} 1620, 1778, 1964, 1989, 2098, 2163, 2184, 2229.)

Ces huit observations sont celles de femmes atteints de vomissements graves ayant nécessité au moins une fois l'hospitalisation.

7 fois l'accouchement eut lieu à terme.

1 fois au terme de 7 mois 1/2. Cette femme présentait en outre de l'albumine et de l'hypertension (obs. 1989).

Obs. 2163. — Il s'agit d'une femme qui souffrait de vomissements très fréquents et rebelles. On lui fit 12 injections d'extrait de corps jaune.

Immédiatement ses vomissements cessèrent et elle accoucha par la suite à terme et normalement.

CHAPITRE II

ACCOUCHEMENTS

1° Présentations.

		Pourcentage
Sommet.	1.908	
Siège.	53	2,69 %
Face.	9	0,50 %
Front	0	
Epaule	7	0,36 %

2° Présentations anormales.

A) Présentation du siège.

53 observations.

(N°s 17, 27, 46, 81, 213, 218, 229, 236, 257, 284, 367, 375, 488, 555, 570, 581, 618, 705, 774, 807, 839, 840, 899, 917, 926, 946, 961, 987, 1001, 1044, 1067, 1095, 1114, 1184, 1390, 1414, 1555, 1564 *bis*, 1586, 1607, 1672, 1683, 1723, 1757, 1765, 1814, 1847, 1896, 1975, 2033, 2175, 2206, 2228.)

28 primipares, 25 multipares.

Comme facteur étiologique on a trouvé dans :

4 cas la gemellité.

6 cas l'insertion du placenta sur le segment inférieur.

Au cours de la gestation 10 femmes avaient subi

sans résultat, à la consultation, des tentatives de version par manœuvres externes.

On observe :

11 sièges complets.

42 décomplétés.

On pratiqua 2 grandes extractions pour souffrance fœtale ; les deux enfants vécurent et sortirent en bon état.

Mortalité maternelle 0
Mortalité infantile 9

2 morts et macérés.

2 en état de mort apparente ne purent être ranimés.

5 moururent pendant leur séjour à la maternité. Ils étaient nés avant terme et débiles.

Obs. 284. — Enfant qui naquit en état de mort apparente et ne fut ranimé qu'après trente minutes de soins. Sortie en bon état.

Toutes les suites de couche furent normales excepté pour une femme (obs. 218) qui fit une hémorragie grave onze jours après l'accouchement. Le curetage pratiqué ramena une grosse quantité de caduque. Lavage utérin, iodage de la cavité utérine. Guérison.

B) Présentations de la face.

9 observations.
(N^{os} 200, 400, 548, 680, 1392, 1438, 1588, 1798, 2064.)

3 primipares, 6 multipares.

Chez toutes ces femmes le bassin était normal,

excepté pour une (obs. 2064) qui avait un promontoire accessible à bout de doigt.

Dans 8 cas l'accouchement fut spontané.

Dans 1 cas il fallut pratiquer une symphysiotomie (obs. 2064, voir chap. Opérations).

Poids des enfants :

3.180, 2.280, 2.820, 3.200, 3.040, 3.000, 3.380, 3.600, 3.760 grammes.

Mortalité infantile : 3.

1 anencéphale mort trois minutes après l'accouchement.

1 séparé de la mère tuberculeuse mort le sixième jour.

1 mort d'infection amniotique.

Obs. 400. — Femme IV-pare, ayant présenté 2 sièges sur les 3 accouchements antérieurs, se présente à la consultation avec une énorme quantité de liquide. M. Le Lorier l'examine et trouve un utérus surdistendu par un énorme excès de liquide. Les bruits du cœur du fœtus sont perceptibles mais les mouvements actifs du fœtus sont d'une rare violence. M. Le Lorier pense à une malformation fœtale et notamment à une anencéphalie. La femme accouche le jour même, après avoir perdu 6 litres de liquide environ, d'un enfant en présentation de la face et anencéphale. Mort trois minutes après l'accouchement.

C) **Présentation de l'épaule.**

7 observations.
(N^{os} 242, 1102, 1152, 1455, 1761, 1843, 1846.)

1 primipare, 6 multipares.

On observe :

4 accouchements spontanés à la suite de versions par manœuvres internes.

3 césariennes pour présentations irréductibles.

D'autre part, dans ces 3 cas la poche des eaux étaient rompue depuis quatre et cinq heures.

Mortalité maternelle 0
Mortalité infantile. 2

1 mort et macéré.

1 mort le deuxième jour.

Toutes les femmes sortirent en bon état.

8^{e} Gestations multiples.

22 observations. Pourcentage 1,11 %.
(N^{os} 26, 27, 73, 257, 466, 492, 517, 846, 971, 1007, 1023, 1414, 1530, 1533, 1597, 1623, 1661, 1837, 1839, 2144, 2202, 2243.)

4 primipares, 18 multipares.

4 femmes présentent dans leurs antécédents obstétricaux une grossesse gémellaire.

Il y eut :

21 gestations bivitellines.

1 gestation univitelline.

Dans le cas de grosseur univitelline l'accouchement a eu lieu à 8 mois.

Dans les 21 cas de grossesses bivitellines l'accouchement a eu lieu :

10 fois dans le 9e mois ;

4 fois dans le 8e mois ;

6 fois dans le 7e mois ;

1 fois dans le 6e mois.

On remarque un accouchement (obs. 26) à terme d'un premier jumeau bien portant et d'un deuxième jumeau mort et macéré.

Les présentations furent les suivantes :

	1er jumeau	2e jumeau
Sommet	18	12
Siège	4	8
Epaule	0	2

13 fois les jumeaux furent du même sexe

6 fois 2 filles.

7 fois 2 garçons.

9 fois de sexe différent.

On pratiqua 5 interventions :

1 forceps sur 1er jumeau.

2 délivrances artificielles.

1 pour non décollement du placenta.

1 pour hémorragie.

2 versions par manœuvres internes pour présentation de l'épaule du 2e jumeau dans les 2 cas.

Mortalité maternelle : 1.

(Obs. 2144) femme morte d'infection puerpérale non streptococcique (voir chap. mortalité maternelle).

Mortalité infantile : 7.

1 macéré.

1 accouché à 9 mois.

3 accouchés à 7 mois.

2 accouchés à 6 mois.

CHAPITRE III

COMPLICATIONS DE LA PARTURITION

Fibrome praevia.

Obs. 99. — Multipare chez qui un fibrome praevia empêchait l'engagement de la tête. On dut lui faire une césarienne suivie d'hystérectomie (voir obs. résumée chap. Opérations).

Procidences.

A) Procidences du cordon.

8 observations.
(N^{os} 267, 614, 833, 879, 935, 966, 1044, 1585).

7 sommets.

1 siège.

Dans un seul cas (obs. 266) la procidence se produisit avant la dilatation complète. La procidence ne put être réduite et les bruits du cœur du fœtus étant fortement modifiés on pratiqua une césarienne conservatrice (voir chap. Opérations). Enfant vivant.

Dans 7 cas la procidence se produisit à dilatation complète.

On la réduisit trois fois. De ces 3 cas on fit 2 versions et 1 forceps. Deux enfants moururent. Le troisième fut ranimé après trente minutes de soins.

Dans 4 cas la procidence ne fut pas réduite. Il s'agissait dans un cas d'un siège dont on hâta l'extraction. Dans les 3 autres cas il s'agissait de latérocidences du cordon. L'accouchement eut lieu spontanément. A signaler, dans un des cas de latérocidence la longueur du cordon qui mesurait 1 centimètre.

Tous les enfants vécurent.

B) **Procidence des membres.**

2 observations.
(N^os 879, 1771).

Dans les 2 cas il s'agit de présentation du sommet.

Dans le premier cas (obs. 879) il y eut latérocidence simultanée d'une main et du cordon. On ne fit le diagnostic qu'au moment de l'expulsion et l'accouchement se fit spontanément sans aucune manœuvre.

Dans le deuxième cas (obs. 1771) la main seule était procidente. On fit la réduction aisément et l'accouchement eut lieu normalement.

Dans les 2 cas, enfants vivants.

Viciations pelviennes.

A. — Bassins rachitiques.

109 observations.

Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est inférieur à 10 cm. 5 = 7.

Bassins dont le diamètre promonto-sous-pubien est supérieur à 10 cm. 5 = 102.

	P.S.P.>10,5	P.S.P.<10,5
Césariennes :	—	—
Conservatrices	3	3
Suivies d'hystérectomie	0	0
Forceps (à la vulve)	5	0 (?)
Versions (pour souffrance fœtale).	1	0
Basiotripsies	0	0
Pubiotomies.	1	0
Symphysiotomies.	2	0
Accouchements prématurés (spontanés	3	0 (?)
Accouchements spontanés à terme	87	4
Enfants morts	9	0
Enfants sortis vivants	93	7
Mortalité maternelle	1 (obs. 1.863)	0

Coxalgie.

Obs. 2216. — Coxalgie à l'âge de 5 ans guérie et qui a laissé peu de traces. La femme ne boite pas et son bassin est à peu près normal. Elle accouche normalement d'un enfant de 3.450 grammes.

Cyphose.

Obs. 879. — Il s'agit d'une cyphose avec lordose de compensation. Malgré les grosses lésions vertébrales anciennes la femme possédait un bassin normal et accoucha normalement à terme d'un enfant pesant 3.750 grammes.

Luxation congénitale de la hanche.

3 observations.
(N^{os} 777, 1889. 2253).

1 luxation congénitale simple (obs. 1889).

2 luxations congénitales (obs. 777-2253).

Dans 2 cas (obs. 777 et 1889) l'accouchement eut lieu spontanément et à terme.

Dans le cas de l'observation 2253, la femme ne put accoucher normalement et on dut lui faire une pubiotomie (Voir chap. Opérations).

Scoliose.

Obs. 1994.— Bassin à peu près normal. Accouchement normal à terme. Poids de l'enfant 3.450 grammes.

CHAPITRE IV

COMPLICATIONS DE LA DÉLIVRANCE

A) Délivrance incomplète.

Obs. 1991. — A la suite de l'accouchement délivrance naturelle mais incomplète. Une hémorragie se produit une heure après. On pratique une revision utérine qui ramène des débris de membranes. Suites de couches normales. Sortie en bon état.

B) Euchatonnement placentaire.

5 observations.
(N^{os} 73, 425, 926, 1326, 1564).

Ces observations concernant des femmes qui ne présentent pas d'hémorragie notable mais à qui on dut pratiquer la délivrance artificielle pour non expulsion du placenta retenu dans une corne de l'utérus.

Toutes les femmes sortirent en bon état.

C) **Hémorragies de la délivrance.**

39 observations.

(N°s 166, 266, 282, 285, 314, 328, 346, 407, 527, 532, 800, 814, 1024, 1050, 1119, 1364, 1410, 1415 *bis*, 1423, 1427, 1439, 1444, 1486, 1530, 1716, 1717, 1721, 1727, 1760, 1821, 1831, 1903, 1904, 2017, 2071, 2081, 2101, 2134, 2212).

23 de ces hémorragies furent arrêtées par les moyens médicaux (injections chaudes, hypophyse, sérum).

Dans 16 cas, l'hémorragie nécessita une délivrance artificielle.

Toutes les femmes sortirent en bon état de la Maternité.

CHAPITRE V

OPÉRATIONS

A) **Avortement provoqué.**

Obs. 678. — Observation résumée au chapitre, Mortalité maternelle.

B) **Accouchement prématuré provoqué.**

Obs. 1231. — III-pare. Vient à la Maternité sans avoir consulté : grossesse de 7 mois 1/2. Hypertension et albuminurie. Fœtus mort. La femme ayant de petites contractions et étant en mauvais état général on pose un ballon de Champetier expulsé vingt-quatre heures après. Le fœtus ne descendant pas, M. Le Lorier pratique le lendemain un Braxton-Hicks sur le fœtus que la femme expulse six heures après. Délivrance artificielle pour non décollement du placenta. Sortie en bon état.

C) **Dilatations artificielles.**

2 observations.
(N^os^ 269 et 175 du registre d'opérations).

Ces dilatations ont été faites aux bougies d'Hegar. L'une (observation 269) fut faite pour un curettage post-abortum. L'interne qui le fit s'aperçut que la

bougie d'Hegar introduite dans le col filait dans le ventre de la malade. M. Le Lorier contrôla le fait et pensa que la perforation était antérieure au curettage. Guérison sans incidents.

Dans le cas du numéro 175 du registre d'opérations on se servit des bougies d'Hegar pour faire un curettage chez une femme de 38 ans ayant des hémorragies depuis vingt-deux jours. Le curettage ne ramena que des débris insignifiants montrant qu'il s'agissait très vraisemblablement de sclérose utérine.

D) **Ballons dilatateurs.**

On employa deux fois les ballons dilatateurs de Champetier.

Une fois pour un avortement provoqué (obs. 678. Voir mortalité maternelle).

Une deuxième fois pour un accouchement prématuré provoqué (obs. 1.231. Voir accouchement prématuré provoqué).

E) **Incisions du col.**

3 observations.
(N^{os} 21, 537, 1043.)

Obs. 21. — I-pare, 35 ans. Accouchement à terme. Les bruits du cœur de l'enfant étant modifiés, on fit un forceps, mais pour cela on dut faire une incision du col, antérieure et postérieure, l'œdème empêchant la dilatation. Enfant vivant.

Obs. 537. — I-pare, 28 ans. Incision du col antéro-latérale droite et application de forceps pour lenteur du travail et non progression de la dilatation. Enfant vivant.

Obs. 1043. — I-pare. Incision du col antéro-latérale droite et application de forceps pour lenteur du travail et œdème du col. Enfant mort.

F) Forceps.

59 observations.

(N°s 21, 32, 101, 139, 157, 237, 244, 257, 358, 442, 468, 485, 501, 507, 537, 568, 665, 765, 820, 833, 935, 952, 972, 1014, 1033, 1036, 1043, 1115, 1137, 1168, 1186, 1197, 1200, 1221, 1360, 1415 *bis*, 1439, 1511, 1569, 1642, 1672, 1689, 1692, 1694, 1706, 1712, 1760, 1801, 1908, 2016, 2048, 2064, 2071, 2131, 2135, 2182, 2222, 2236, 2253).

16 prises de forceps furent faites dans l'excavation.

43 à la vulve.

42 primipares. 17 multipares.

Applications en OP : 21.

Indications : lenteur d'expulsion : 14

— souffrance fœtale : 7.

Déchirure superficielle du périnée : 12.

Applications en GA : 14.

Indications : lenteur d'expulsion : 6.

— souffrance fœtale : 6.

— Etats pathologiques maternels : 2 (1 cardiaque, 1 utérus en tablier).

Déchirures superficielles du périnée : 3.

Déchirure complète du périnée : 1.
Applications en GT : 5.
Indications : lenteur d'expulsion : 3.
— souffrance fœtale : 2.
Déchirure superficielle du périnée : 3.
Applications en DA : 3.
Indications : lenteur d'expulsion : 2.
— souffrance fœtale : 1.
Déchirures superficielles du périnée : 3.
Applications en DP : 9.
Indications : lenteur d'expulsion : 2.
— souffrance fœtale : 7.
Déchirures superficielles du périnée : 5.
Applications en DT : 3.
Indications : lenteur d'expulsion : 2.
— souffrance fœtale : 1.
Déchirures superficielles du périnée : 1.
Applications en MP : 1 (après symphyséotomie).
Application sur tête dernière : 1.
Applications en OS : 2.
Indications : souffrance fœtale : 2.
Déchirure du périnée : 1 superficielle.
On note : 12 bassins légèrement viciés.
Mortalité maternelle : 0.
Mortalité fœtale : 9.
Suites de couches fébriles : 16.

G) Versions internes.

8 observations.
(Nos 1585, 1623, 1644, 1761, 1843, 1846, 2227, 2243.)

8 multipares.

6 accouchements à terme.

1 accouchement à 8 mois.

1 accouchement à 7 mois.

On pratiqua ces manœuvres :

6 fois pour présentation de l'épaule.

1 fois pour procidence du cordon.

1 fois pour souffrance fœtale avec bassin légèrement aplati.

Mortalité maternelle : 0.

Mortalité infantile : 4 dont 1 mort et macéré.

H) Pubiotomies.

2 observations.
(Nos 140, 2253).

Obs. 140. — I-pare, présentant un léger rétrécissement du bassin. Tête au-dessus du détroit supérieur et débordant légèrement la symphyse pubienne. Bruits du cœur de l'enfant irréguliers. M. Le Lorier décide de faire une pubiotomie gauche qu'il exécute aussitôt. Puis il pratique une application de forceps et extrait un enfant vivant du poids de 3.050 grammes.

Délivrance naturelle et complète. Suites excellentes.

Pas de troubles urinaires. Pas de troubles de la marche.

Obs. 2253. — I-pare, 22 ans. Pubiotomie pour lenteur d'expulsion avec grande souffrance fœtale. Poche des eaux rompue depuis vingt-quatre heures. La tête ayant commencé à s'engager ; on eût pu extraire l'enfant au forceps, mais M. Le Lorier redoutant une dystocie des épaules et craignant que l'enfant ne mourut au cours d'une telle manœuvre préféra faire une pubiotomie suivie d'une extraction au forceps. Légère déchirure du vagin. Enfant vivant pesant 3.650 grammes. Les suites de couches furent légèrement fébriles, néanmoins la femme partit en très bon état ; pas de troubles urinaires, pas de troubles de la marche.

I) **Symphyséotomies.**

3 observations.

(N^{os} 1221, 1651, 2064).

Obs. 1221. — Primipare, 30 ans. Amenée de la ville à la Maternité sur le conseil de M. Le Lorier qui tout d'abord croit devoir faire une pelvitomie pour excès de volume fœtal chez une femme en travail depuis près de trente-six heures. Cependant à la Maternité il se ravise et tente d'extraire l'enfant par une application de forceps. La tête descend bien mais à ce moment les épaules empêchent la descente. M. Le Lorier revient à sa première décision, fait une symphyséotomie à la manière de Zarate et

extrait alors facilement, un gros enfant vivant du poids de 4.650 grammes. Délivrance artificielle immédiate. Suites de couches fébriles. Phlébite gauche. Guérison. Pas de troubles urinaires, ni troubles de la marche.

Obs. 1652. — III pare, 2 accouchements antérieurs normaux à terme. Le 29 septembre M. Le Lorier lui fait une symphysiotomie à la manière de Zarate pour bassin vicié, P.S.P. = 10 cm. 6. Immédiatement après l'opération, la tête s'engage et l'accouchement se produit spontanément au bout d'une demi-heure. Enfant 3.370 grammes. Suites parfaitement normales. La mère se lève le neuvième jour et quitte la maternité en excellent état.

Obs. 2064. — I-pare, 21 ans. Présentation de la face. Bassin vicié. M. Le Lorier voyant que la progression de la tête ne se fait pas, tente par la manœuvre de Baudelocque de transformer la présentation de la face en présentation occipitale mais infructueusement. Il tente alors une application de forceps en MIGI, mais la tête ne progresse pas. Il a recours, à une symphysiotomie à la scie de Gigli. L'extraction est alors faite en mento-pubienne. Poids de l'enfant: 3.760 grammes. Délivrance naturelle et complète. Suites de couches normales. La mère quitte la maternité sans boiterie, ni troubles urinaires. L'enfant meurt malheureusement d'infection amniotique le cinquième jour.

J) Hystérotomies.

1° Hystérotomies hautes

3 observations.
(N°s 242, 518, 1152.)

Obs. 242. — II-pare, première grossesse: avortement de 5 mois 1/2. Césarienne pour présentation irréductible de l'épaule après rupture prématurée des membranes. Enfant 2.600 grammes vivant Suites normales.

Opérateur : M. Mer, interne. Anesthésie au Schleich.

Obs. 518. — III-pare, 32 ans. Césarienne itérative sur une malade ayant déjà subi une césarienne à son accouchement antérieur, pour bassin rétréci. Enfant pesant 2.470 grammes vivant. Sortie de la mère en bon état.

Opérateur : M. Portes, anesthésie au Schleich.

Obs. 1152. — I-pare 25 ans. Césarienne corporéale au terme de 7 mois 1/2 pour présentation de l'épaule irréductible et insertion du placenta sur le segment inférieur ayant provoqué des hémorragies. Enfant pesant 1.920 grammes sorti vivant. Suites de couches normales. Sortie en bon état.

Opérateur : M. Le Lorier, anesthésie au Schleich.

2° Hystérotomies basses.

15 observations.

Obs. 99. — IV-pare, 3 accouchements antérieurs normaux à terme. Grossesse actuelle à terme. Césarienne pour menace de rupture utérine, suivie d'hystérectomie sub-totale pour fibrome praevia. Le diagnostic porté en premier lieu fut celui d'hydrocéphalie avec un utérus avec des contractions violentes et menaçantes. L'ouverture de l'abdomen montra l'existence d'un fibrome prævia qui rendait impossible l'accouchement spontané. Suites de couches normales. Poids de l'enfant 3.325 grammes.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich.

Obs. 171 du registre d'opérations. — I-pare, 22 ans. Césarienne du segment inférieur sans extériosation de l'utérus pour bassin aplati et généralement rétréci, rachitique avec P.S.P. = 10 cm. 3. Enfant vivant pesant 3.700 grammes. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au mélange de Schleich.

Obs. 172 du registre d'opérations. — Opération césarienne du segment inférieur chez une femme ayant :

1° Un léger rétrécissement du bassin ;

2° Une rupture prématurée des membranes ;

3° Des bruits du cœur modifiés ;

4° Des contractions utérines nettement douloureuses depuis plusieurs heures avec un col non effacé. Enfant pesant 3.200 grammes, ranimé au bout de dix minutes.

Anesthésie au chloroforme. Opérateur : M. Le Lorier. Suites de couches normales.

Obs. 174 du registre d'opérations. — VI-pare. Spécifique. A accouché aux trois dernières grossesses, prématurément d'enfants morts. Deux enfants précédents bien portants. Césarienne pour bassin aplati du type généralement rétréci avec P.S. P. à 10 cm. 2. Enfant 3.170 grammes.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au chloroforme.

Obs. 177 du registre d'opérations. — Césarienne chez une femme ayant déjà subi précédemment deux césariennes, une en 1922, une autre en 1924. Hystérotomies corporéales pour les deux premières chez une femme ayant une double luxation congénitale non traitée. Fille vivante pesant 2.250 grammes. Anesthésie au chloroforme. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Le Lorier.

Obs. 723. — I-pare, 29 ans. Césarienne au début du travail pour rétrécissement pelvien ; bassin aplati du type généralement rétréci. P. S. P. accessible à 10 cm. 4. Enfant 2.240 grammes. Suites de couches normales.

Anesthésie au Schleich. Opérateur : M. Le Lorier.

Obs. 970. — Primipare, 24 ans. Césarienne pour procidence du cordon, quatre heures après la rupture des membranes. Enfant vivant pesant 3.000 gr. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich.

Obs. 979. — II-pare, 34 ans. Première grossesse : accouchement normal à terme. Enfant vivant. Césarienne pour souffrance fœtale sans aucun signe de travail. Poche des eaux rompue depuis quarante-huit heures. Fille vivante pesant 2 900 grammes. Femme morte d'inertie utérine deux heures après (voir Mortalité maternelle).

Anesthésie au Schleich. Opérateur : M. Ecalle.

Obs. 1054. — II-pare. Premier accouchement normal ; enfant 2.100 grammes. Césarienne pour bassin aplati généralement rétréci, canaliculé. Promontoire accessible à 10 cm. 3. Garçon vivant pesant 3.600 grammes. Anesthésie au Schleich.

Opérateur : M. Le Lorier. Suites de couches normales.

Obs. 1114. — I-pare, 31 ans. Bassin normal. On lui fait une césarienne parce que la poche des eaux est rompue depuis seize heures, que l'enfant est en siège, très mobile au-dessus du détroit supérieur et que les contractions sont très faibles, sans dilatation. Enfant pesant 3.100 grammes. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schlehic.

Obs. 1330. — I-pare, 34 ans. Bassin vicié. Membranes rompues depuis deux jours. Tête haute liquide vert. Césarienne. Enfant pesant 3.950 gr. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Portes. Anesthésie au Schleich.

Obs. 1455. — III-pare, 39 ans. Grossesses antérieures normales. Césarienne pour présentation transversale irréductible. Bassin légèrement vicié. Membranes rompues depuis cinq heures ; dilatation 2 francs. Fille pesant 3.100 grammes vivante. Suites de couches normales.

Opérateur : M. Desnoyers. Anesthésie au Schleich.

Obs. 1456. — II-pare, 22 ans. Césarienne itérative à la Maternité de Boucicaut en 1925 pour bassin généralement rétréci. Membranes rompues depuis deux heures ; P. S. P. = 9 cm. 3. Enfant vivant 3.200 grammes. Suites normales.

Opérateur : M. Desnoyers. Anesthésie au Schleich.

K) **Hystérectomies.**

Obs. 99. — Hystérectomie pour fibrome prævia à la suite d'une césarienne (voir chapitre Hystérotomies).

Obs. 156 du registre d'opérations. — Hystérectomie abdominale totale chez une femme de 32 ans ayant un utérus fibromateux du volume d'un utérus

de quatre mois environ avec une grossesse jeune probable. Hémorragie due sans doute au décollement de l'œuf qui est entr'ouvert depuis quelques heures, avec élévation de température. On opère et on trouve un gros fibrome déviant l'utérus à gauche. La cavité de l'utérus contient un fœtus de 2 mois environ visible par transparence à travers les membranes. Placenta d'aspect frais. Pièce conservée dans le formol.

Opérateur: M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Suites normales.

L) Délivrances artificielles.

21 observations.

(N^{os} 73, 166, 266, 314, 328, 407, 425, 527, 800, 853, 926, 1050, 1326, 1486, 1564, 1717, 1727, 1831, 2017, 2071, 2081).

On pratique la délivrance artificielle seize fois pour hémorragies ; cinq fois pour enchatonnement placentaire. Les suites de couches furent légèrement fébriles dans 4 cas, normales pour les autres. Mortalité maternelle : 0.

M) Opérations gynécologiques.

1° Hystérectomies.

Obs. 206. — Hystérectomie totale chez une femme de 32 ans, ayant un utérus fixé en rétroversion par de solides adhérences qui empêchent de libérer l'utérus à la main et pour annexite très doulou-

reuse. Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie médiocre à l'éthylène ayant nécessité l'éthérisation. Sortie en bon état.

Obs. 446. — Hystérectomie totale chez une femme de 32 ans pour utérus en rétroversion sans adhérence avec annexes prolabées et adhérentes.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 176 du registre d'opérations. — Hystérectomie totale avec ablation des annexes chez une femme de 60 ans présentant depuis un an un écoulement sanguin utérium avec légère augmentation du volume de l'utérus faisant craindre une origine néoplasique. L'examen de la pièce enlevée montra en effet qu'il s'agissait bien d'un début néoplasique. Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 178 du registre d'opérations. — Hystérectomie fondique chez une femme de 30 ans, avec conservation de l'ovaire droit pour métrite et annexite double.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Suites très bonnes. Les règles sont revenues normalement.

Obs. 815.— Hystérectomie fondique avec ablation de la trompe gauche et conservation d'un demi-ovaire gauche. Femme de 38 ans. Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich.

Suites très bonnes. Les règles sont revenues normalement.

Obs. 183 du registre d'opérations. — Hystérectomie sub-totale et ablation des annexes gauches, chez une femme de 29 ans opérée en 1913, à l'hôpital de Saint-Germain-en-Laye pour une grossesse ectopique. A l'ouverture on trouve une tumeur volumineuse violacée de la grosseur d'une orange recouverte d'adhérences récentes. Au cours de l'extirpation la tumeur éclate et il en sort des caillots noirs et du sang poisseux. Il semble bien s'agir d'un kyste fœtal développé dans la portion ampullaire de la troupe gauche.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en très bon état.

Obs. 1258. — Hystérectomie sub-totale chez une femme de 39 ans pour fibromes multiples.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1687. — Femme 41 ans. Hystérectomie subtotale pour fibrome utérin.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Bonnes suites opératoires.

Obs. 1873. — Hystérectomie sub-totale avec ablation des annexes des deux côtés chez une femme de 31 ans pour pyosalpinx.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich.

Présenta par la suite un abcès de la grande lèvre gauche. Sortie en bon état.

Obs. 2132. — Femme 26 ans. Hystérectomie subtotale pour fibrome utérin.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Suites opératoires fortement accidentées par la négligence apportée à sonder cette malade dans la vessie n'a été vidée que le lendemain matin par M. Le Lorier qui retire à ce moment une quantité d'urines sanglantes. Les jours suivants l'état de la malade reste extrêmement précaire en raison d'un suintement hémorragique persistant entraînant une anémie menaçante allant jusqu'à nécessiter une transfusion sanguine. En outre la vessie s'infecte et pendant plusieurs jours donne une urine absolument putride. Mais peu à peu la malade soumise à de fréquents lavages vésicaux au nitrate d'argent au 1/1000 va bien mieux et sort en bon état. Revue plusieurs mois après en parfait état.

2° Ablations des annexes.

Obs. 169 du régistre d'opérations. — Femme de 28 ans. Ablation des annexes gauche en mauvais état et adhérents. Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 916. — Femme de 21 ans. Ovaires kystiques. Surtout à gauche. Ablation des annexes des deux côtés. Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en excellent état.

Obs. 1062. — Femme 31 ans. Ablation des annexes des deux côtés pour annexite et périviscérite pelvienne. Ablation de l'appendice.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1107. — Femme 27 ans. Ablation d'une ovaire droit kystique.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1256. — Femme 26 ans. Résection partielle des deux ovaires scléro-kystiques.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

3° Kystes de l'ovaire.

Obs. 28. — Ablation kyste de l'ovaire gauche pesant 600 grammes.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 260. — Ablation d'un kyste de l'ovaire droit, pesant 3.500 grammes.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 815 bis. — Ablation d'un kyste de l'ovaire droit.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1781. — Ablation d'un kyste de l'ovaire gauche.

Opérateur M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

4° Ligamentopexies et colpoperineorraphies.

Obs. 1658. — Ligamentopexies pour prolapsus vagino-utérin et colpoperinéorraphie antérieure et postérieure.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1860. — Ligamentopexie et colporraphie antérieure et postérieure pour prolapsus utérin.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1892. — Ligamentopexie pour rétroversion et prolapsus léger.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 371. — Périnéorraphie secondaire.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1741. — Colpopérinéorraphie antérieure et postérieure pour déchirure périnéale.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 1951. — Colpopérinéorraphie antérieure.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

Obs. 2093. — Colpopérinéorraphie postérieure.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

5° Colpotomie.

Obs. 305. — Colpotomie pour petite collection suppurée aseptique et sans fièvre du cul-de sac de Douglas, consécutive à une annexite *post partum*.

Drainage avec un drain en T.

Opérateur : M. Le Lorier. Anesthésie au Schleich. Sortie en bon état.

CHAPITRE VI

PATHOLOGIE DE L'APRÈS-PART (1)

228 observations.

Nous comprenons dans ce total tous les cas de suites de couches fébriles c'est-à-dire tous les cas où les femmes présentèrent après leur accouchement une poussée fébrile au moins, atteignant 38 degrés (température prise dans l'anus) non compris le jour de l'accouchement.

1° Infections génitales légères.

170 observations.

Dans toutes ces observations il ne s'agit que des femmes, qui firent une simple poussée fébrile sans plus. Le traitement consista simplement en applications de glace sur le ventre. La fièvre disparut après une durée moyenne de trois à cinq jours. Toutes les femmes sortirent en bon état.

1. Nous avons préféré ce néologisme aux termes usités de *post-partum* ou de suites de couches.

2° Infections génitales sévères.

3 observations.

(N^{os} 179, 396, 412).

Obs. 179. — I-pare, n'ayant jamais consulté. A présenté aux septième et huitième mois des hémorragies sans douleurs mais toutefois assez abondantes, aux dires de la malade.

Accouchée et délivrée normalement, le 30 janvier; Deux jours après la femme présente un début d'infection puerpuérale (fièvre en clochers atteignant 39°4, pouls : 130, sueurs abondantes, lochies fétides). Traitée par la méthode de Besredka la femme va rapidement mieux. La fièvre tombe, son pouls redevient normal, plus de lochies fétides. Elle sort quinze jours plus tard en très bon état.

Obs. 369. — I-pare accouchée et délivrée en ville sans soins antiseptiques, ayant présenté à partir du septième jour une ascension thermique en clocher atteignant 40 degrés le neuvième jour. La femme est transportée au pavillon Lepage. Mais sa température tombe presque aussitôt et elle sort en bon état peu après.

Obs. 412. — I-pare accouchée chez la sage-femme agréée. Présente une élévation de température en clochers, atteignant 39°5. On l'envoie alors à la Maternité. Deux jours après, la femme se plaint du ventre violemment. M. Le Lorier qui l'examine

trouve alors à droite de l'utérus une tumeur volumineuse, douloureuse, manifestement d'origine inflammatoire remontant par en haut jusqu'à la hauteur de l'ombilic et relativement peu accessible par le toucher vaginal.

Aucune fluctuation. M. Le Lorier prescrit alors 3 injections de propidon de 2 centimètres cubes à deux jours d'intervalle. L'on obtient une rémission. La douleur s'atténue, la température se rapproche sensiblement de la normale et la masse inflammatoire du côté droit de l'utérus regresse assez rapidement. La femme se lève sans autorisation ; mais le lendemain elle présente une poussée nouvelle des accidents précédents. On lui refait une nouvelle série de propridon et tout rentre dans l'ordre quinze jours après. A ce moment elle quitte la Maternité en bon état.

3° **Infections génitales mortelles.**

3 observations.

(N^{os} 199, 1863, 2144).

Résumées au chapitre Mortalité maternelle.

4° **Phlébites.**

4 observations.

N^{os} 614, 646, 1189, 1221.

Obs. 614. — I-pare. Accouchement spontané à terme. Délivrance naturelle et complète. Le huitième jours, douleurs dans le mollet gauche et au pli de

l'aîne gauche. Le périmètre fémoral gauche est supérieur au droit de 5 centimètres. Chaleur et rougeur au niveau des points douloureux. On immobilise dans une gouttière inclinée. Sortie en bon état.

Obs. 646. — I-pare. Accouchement naturel à terme. Délivrance complète. Le neuvième jour, apparition d'une phlébite au niveau du membre inférieur gauche. On immobilise dans une gouttière inclinée. Sortie en bon état.

Obs. 1189. — I-pare. Accouchement et délivrance normaux. Six jours après, élévation de température ; phlébite de la jambe gauche. Immobilisation ; on obtient une amélioration rapide. Quinze jours après, douleurs dans la jambe droite ; élévation de température : phlébite de la jambe droite. Immobilisation également. Bon résultat. Sortie en bon état.

Obs. 1221. — I-pare avec un bassin légèrement touché. Accouchement spontané impossible. Symphyséotomie pour excès de volume du fœtus, dont on termine l'extraction par un forceps. Quinze jours après, apparition d'une phlébite au niveau du membre inférieur gauche. Sortie en bon état.

5o Infections mammaires.

31 observations.

Sur ces 31 cas, 29 furent des infections bénignes. Simples lymphangites du sein rapidement guéries. Deux femmes présentèrent 2 formes plus sérieuses

d'abcès du sein (obs. 639-2180). On pratiqua l'expression des abcès, puis injections de 1 centimètre cube de filtrat staphylococcique. Guérison rapide.

6° Autres infections.

15 femmes firent des poussées fébriles pour différentes causes.

5 pour constipation ;

8 pour pyelonéphrites gravidiques ;

2 opérées.

Folie puerpuérale.

2 observations.

(N°s 1248, 2236.)

Obs. 1248. — Primipare, 23 ans ayant été internée à Sainte-Anne à l'âge de 16 ans pendant six mois. Rien à signaler au cours de sa grossesse si ce n'est une volumineuse adénopathie tuberculeuse pour laquelle elle a été soignée dans le service. Aucun accident jusque-là d'ordre mental. Elle accouche normalement à terme le 10 novembre 1926 et ce n'est que trois jours après que la malade se plaint d'avoir fait un rêve effrayant « son fils était autopsié auprès d'elle ». Toutefois elle a toute sa connaissance. Le 25 novembre, elle commence à s'agiter, à parler d'une façon incohérente. Le lendemain son état s'aggrave ; la malade n'a plus aucune trace de lucidité et comme elle délire de plus en plus, on la transporte à Sainte-Anne le 27 novembre.

Obs. 2236.— I-pare accouchée au forceps pour non progression de la tête. Aucun antécédent mental. Grossesse parfaitement normale. Le quatrième jour des suites de couches, on appelle l'interne qui constate un délire de persécution très net (conspiration contre elle, on veut l'empoisonner, la brûler, etc.). On lui donne du gardenal; mais le lendemain la malade délirant de plus en plus on doit la transporter à Sainte-Anne le 2 janvier 1927.

CHAPITRE VII

MORTALITÉ MATERNELLE

6 Observations.

(N^{os} 199, 678, 679, 1705, 1863, 2144).

Obs. 199. — II-pare. Premier accouchement normal. Hémorragie de la délivrance. Grande constipation, deuxième grossesse, contracte la rougeole qui la rend malade pendant dix jours environ. Ne va pas très bien depuis : toujours fatiguée et fiévreuse. Aux premières douleurs d'accouchement la femme est amenée à Boucicaut sans avoir été touchée en ville par personne. Elle accouche le 2 février normalement et à terme. Délivrance naturelle et complète. La femme est très constipée. Elle reste quatre jours sans aller à la selle n'ayant pas voulu de lavements. A partir de ce moment la température s'élève à 39 degrés et s'y maintient malgré les purgations et les lavements. Le 12 février on lui fait un abcès de fixation, sa température se maintenant au-dessus de 39 degrés. L'état général ne paraît pas très mauvais, le facies est cependant très rouge. Le lendemain on fait faire une hémoculture qui montre la présence du streptocoque. On fait alors le traitement des septicémies. (Huile camphrée toutes les quatre heures,

enveloppements froids également toutes les quatre heures, sérum en goutte à goutte rectal. Shock au lait). Malgré cela la malade ne va pas mieux : température 41 degrés ; on fait à la malade une injection de vaccin préparé avec le streptocoque de la parturiente ainsi que 20 centimètres cubes de trypaflavine intra-veineux, et une ampoule de sérum minéral sous-cutané. Rien n'y fait. La malade va plus mal. Ses sphincters se relâchent le 16 février ; elle perd ses matières et ses urines et elle meurt le lendemain.

Obs. 678. — Cinq accouchements et 6 avortements antérieurs. B.- W : négatif. Entre dans le service enceinte de deux mois et demi pour hypertension. On trouve en effet 21-9 au Riva-Rocci. La femme accuse à ce moment des céphalées et des troubles de la vue. Elle a eu même il y a deux mois une parésie de tout le côté droit qui a duré une huitaine de jours.

Elle est mise en conséquence à la diète hydrique pendant quarante-huit heures puis au régime lacté et enfin au régime sucré. Malgré cela, la tension reste élevée, 18 de maxima. On fait alors 2 petites saignées : 150 grammes puis 110 grammes en l'espace de huit jours. La tension baisse un peu, mais remonte huit jours après à 20-8. M. Le Lorier décide alors de pratiquer un avortement en présence de cette hypertension. On pose un ballon de Champetier n° 4 après dilatation aux bougies de Hegar, trois jours

passent; la malade n'ayant pas de contractions, on retire alors le ballon et peu après la malade expulse un fœtus de trois mois environ du sexe masculin pesant 70 grammes. Une demi-heure après la malade devient très pâle, la voix est faible, pas de dyspnée, sensation angoissante de mort prochaine de la part de la malade, pouls normal. Tension maxima : 8. Devant cet état de shock l'interne fait un curage digital, puis un curettage. Huile camphrée, injection intra-intérine, glace sur le ventre. Le lendemain température 39 degrès, le surlendemain 40 degrès. On fait une hémoculture qui ne montre pas l'existence de streptocoque. Cependant la malade va très mal et meurt.

Obs. 979. — II-pare. Premier accouchement normal à terme. A consulté pendant sa grossesse. Rien d'anormal si ce n'est un promontoire accessible à bout de doigt. Au moment de l'accouchement on trouve une tête qui déborde la symphyse. La femme perd les eaux mais pas de douleurs. Le lendemain, la femme, qui n'a toujours pas de douleurs, perd un liquide purée de pois. A ce moment, les bruits du cœur sont très modifiés. M. Ecalle, en l'absence de M. Le Lorier décide de faire une césarienne basse (voir chap. Opérations). L'enfant est extrait, ranimé et on descend la femme dans son lit. Un quart d'heure après, on appelle en hâte l'interne qui constate une grosse hémorragie utérine. On fait la compression de l'aorte, du sérum, de l'huile camphrée et de l'er-

gotine. M. Ecalle revenu fait encore 1/2 litre de sérum intra-veineux mais l'hémorragie reprend et la femme meurt.

A l'autopsie : pas de sang, de thrombus ni de caillots sous le péritoine bien appliqué sur la suture. Par contre, on trouve un utérus très volumineux, mou, rempli de sang et de caillots.

Obs. 1705. — I-pare. Grossesse normale. Accouchement normal à terme. Délivrance naturelle et complète. Urines albumineuses. T. A. = 14-6 1/2 au Riva Rocci. Suites de couches normales jusqu'au neuvième jour à 7 heures. A ce moment-là, on appelle l'interne qui trouve la malade cyanosée avec une respiration stertoreuse, pouls imperceptible. La malade aux dires de ses voisines s'est levée debout sur son lit, puis s'est recouchée sans rien dire et s'est mise à « ronfler ». On fait de l'huile camphrée, respiration artificielle, une tentative de saignée mais la femme meurt sans avoir repris connaissance.

Obs. 1863. — I-pare. Grossesse normale. M. Le Lorier au moment de l'accouchement, pratique une césarienne conservatrice du segment inférieur parce que la parturiente a un bassin aplati et généralement rétréci. P. S. P. à 10 cm. 6. L'opération se passe normalement (voir chap. Opérations). Dès le deuxième jour la malade rend des gaz. Purgée le troisième jour, elle présente le lendemain une diar-

rhée incessante. Le cinquième jour, écoulement de pus par le vagin ; on fait des injections de septicémine et de propidon. Le huitième jour, désunion totale de la paroi et même du péritoine. Enveloppements humides toutes les trois heures. Mais les selles deviennent noires, incessantes jusqu'à 10 par jour et la femme meurt dans le coma le quatorzième jour.

Obs. 2144. — I-pare. Grossesse gémellaire. Au cours de la grossesse a présenté de l'hypertension et des œdèmes (malléollaire et sus-pubien). Accouche normalement à terme le 19 décembre 1926. Délivrance naturelle et complète, 3 jours après grand frisson, pouls 140, température : 40 degrés, toux ; râles de bronchite diffuse, passage au pavillon Lepage. Le lendemain injection de 40 centimètres cubes de sérum antipneumococcique.

Le 24, aucune modification ; bon état général mais température toujours à 39°8, pouls 128. On fait faire une analyse d'urine qui décèle la présence de pus dans les urines. Morphologie microbienne : type de coccis Gram négatif.

Le 26, purgation à l'huile de ricin, selles nombreuses, fétides. Etat général mauvais, température 39 degrés, pouls 140.

Le 28, abcès de fixation, plus 1 cmc. 1/2 de lait intra-veineux. Le 29, température 39°6 ; pouls 180. **Mort.**

6 femmes sont mortes à la maternité :

1 d'inertie utérine (obs. 979).
1 d'embolie au neuvième jour (obs. 1705).
4 d'infection pendant les suites de couches.

Nous pouvons donc déduire les pourcentages suivants :

Mortalité totale : 0,30 %.
Mortalité par infection : 0,20 %.

CHAPITRE VIII

I. — PATHOLOGIE DU NOUVEAU-NÉ

A) Malformations.

7 observations.

(Nos 2, 244, 319, 400, 860, 953, 1622).

Obs. 2. — I-pare, 27 ans. Accouchement naturel à terme. B.-W. : négatif. Fille vivante pesant 2.000 grammes ; placenta 400 grammes. Enfant présentant une perforation du palais et les pieds bots, décédé quelques heures après sa naissance.

Obs. 244. — II-pare, 25 ans. Premier accouchement au forceps. Enfant décédé à 1 an, de méningite. Deuxième accouchement forceps, fille vivante pesant 2,350 grammes ; placenta 450 grammes. Bec-de-lièvre. B.-W. : négatif. Sortie en bon état.

Obs. 319. — VI-pare, 5 accouchements antérieurs à terme, enfants vivants. Sixième accouchement naturel à terme d'un garçon mort et macéré pesant 1.560 grammes ; placenta 300 grammes. Gueule-de-loup. B.-W. : négatif.

Obs. 400. — IV-pare. Accouchement normal à 8 mois. Anencéphale (voir présentation de la face).

Obs. 860. — III-pare, 39 ans, 2 accouchements antérieurs à terme, enfants vivants. Troisième accouchement normal à terme, garçon vivant pesant 4.070 grammes. Placenta 670 grammes. Spina-bifida de la région lombaire. B.-W. : négatif. Sortie en bon état.

Obs. 953. — II-pare. Premier accouchement normal à terme, enfant vivant. Deuxième grossesse, accouchement au terme de 8 mois ; fille n'ayant fait qu'une inspiration ; poids 1.950 grammes ; placenta 500 grammes. B.-W. : négatif. Présente un crâne mal formé, une gueule-de-loup et une main bote.

Obs. 1622. — III-pare, 34 ans, 2 accouchements antérieurs normaux à terme. Troisième grossesse, accouchement normal à terme. Garçon vivant 3.680 grammes, placenta 720 grammes. B.-W. : positif. Décédé le neuvième jour d'une hernie diaphragmatique.

B) Infection.

Conjonctivite purulente.

5 observations.

(N^{os} 18, 1583 *ter*, 1593, 1731, 2080).

Ces observations concernent des enfants atteints de conjonctivite purulente légère. Traités dès le début tous ces enfants guérissent très rapidement.

Broncho-pneumonie.

Obs. 2258. — Enfant mort de broncho-pneumonie le dixième jour. Accouchement normal et à terme.

Obs. 2064. — Accouchement à terme ; mais on dut pratiquer une symphyséotomie, et un forceps pour extraire l'enfant en meuto-pubienne. Le lendemain l'enfant présente une élévation de température 38°5, et a des petits mouvements convulsifs. Respiration gênée. Bains frais. Léger mieux le lendemain. Mais le cinquième jour, l'enfant est à nouveau gêné pour respirer, se cyanose et a des mouvements convulsifs. Bains frais. Huile camphrée, potion de chloral. L'état empire. La respiration est de plus en plus difficile et l'enfant meurt rapidement.

Gangrène du cordon.

Obs. 1877. — Accouchement normal à terme. Le lendemain l'enfant présente de l'ictère qui persiste le deuxième et le troisième jour, très accusé comme couleur. De plus, le quatrième jour M. Le Lorier constate une gangrène du cordon. Il décide de sectionner le cordon ombilical au ras et de mettre dessus du filtrat antistreptococcique. Malheureusement l'enfant meurt presque aussitôt avant qu'on ait eu le temps d'intervenir.

Pyodermite.

2 observations.

Obs. 1221. — I-pare de 30 ans. Accouchement à terme ; symphyséotomie pour excès de volume fœtal. Garçon vivant pesant 4.650 grammes, placenta 780 grammes. Le sixième jour l'enfant présente un érythème fessier intense traité par l'air chaud. Le neuvième jour, abcès superficiel au bras droit ouvert spontanément. A partir du vingt-deuxième jour l'enfant présente une série d'abcès au dos, à la nuque, au thorax et sur les bras. Traitement au propidon. Meurt le cinquante-sixième jour après un crachement abondant de pus.

Obs. 1542. — III-pare. Accouchement normal à terme. Fille vivante pesant 2.530 grammes, placenta 430 grammes. Le sixième jour, l'enfant présente des boutons purulents aux mains. Pansements au filtrat staphylococcique et injection de propidon (1 cmc. en 3 fois). Sortie en bon état.

Syphilis.

Tous les enfants dont les mères présentèrent un Bordet-Wassermann positif ou des stigmates de syphilis furent soumis à un traitement antisyphilitique. Tous sortirent en bon état excepté un qui mourut le neuvième jour d'une hernie diaphragmatique (obs. 1622, chap. Malformations).

Hémophylie (d'origine syphilitique).

Obs. 485.— Enfant sexe masculin pesant 3.575 gr. Accouchement au forceps pour lenteur d'expulsion. Le lendemain de l'accouchement on s'aperçoit que l'enfant porte de larges ecchymoses de chaque côté de la face et correspondants aux cuillers du forceps. D'autre part le pansement du cordon malgré une bonne ligature est entièrement teinté de sang. On l'enlève et on s'aperçoit que le sang apparaît lentement à la surface du cordon, mais si l'on essuie la goutte de sang ainsi formée il en apparaît une autre avec la même lenteur. On pose alors une pince omphaliotribe de Bar et on fait à l'enfant 3 ampoules d'anthema, du sérum glucosé et de l'huile camphrée. Chaque piqûre devient la source nouvelle d'un suintement sanguin. Pas d'amélioration. On fait alors à l'enfant, dont les parents présentent une syphilis avérée, un traitement antisyphilitique. Sous l'influence d'une première injection de novar de 15 milligrammes, toutes les hémorragies s'arrêtent spontanément et l'état de l'enfant se transforme aussitôt. Sortie en très bon état.

Lésions traumatiques.

3 observations.

(N^{os} 497, 833, 1221).

Obs. 497. — Bassin légèrement rétréci. Pubiotomie en 1922. Accouchement laborieux d'une fille vivante pesant 5.000 grammes. Dystocie aux épaules, manœuvre de Couder au cours de laquelle fracture de l'humérus. Attelles. Sortie en bon état.

Obs. 833. — Procidence du cordon irréductible. Application de forceps à grande paume chez une III-pare, ayant un promontoire accessible au loin. L'enfant est ranimé mais présente un enfoncement du frontal droit, que M. Le Lorier redresse à la sonde canelée. Malheureusement l'enfant meurt vingt-quatre heures après.

Obs. 1221. — Grossesse près du terme chez une femme ayant un bassin rétréci. Premières douleurs le 5 juillet. Le 7 juillet dilatation 2 francs. Incisions du col. Forceps en DP. Extraction assez facile de la tête mais dystocie des épaules. Symphyséotomie. Garçon pesant 4 650 grammes, ranimé après quinze minutes de soins. Paralysie radiculaire du plexus brachial gauche. L'enfant meurt de pyodermite le cinquante-cinquième jour.

Hématémèse.

Obs. 2047. — IV-pare, 28 ans, 2 accouchements antérieurs normaux à terme et un accouchement prématuré de six mois. Quatrième grossesse, accouchement spontané à terme d'une fille vivante pesant 3.200 grammes, placenta 450 grammes, Bordet-Wassermann négatif. Vingt-quatre heures après sa naissance, l'enfant présente une hématémèse importante. Nouvelle hématémèse le lendemain mais moins importante que la précédente. On note une décoloration des téguments. On fait à l'enfant du sérum glucosé 20 centimètres cubes, gélatine 20 centimètres cubes, de l'amthema 5 centimètres cubes et 0 gr. 05 de sulfar. Le soir apparition de mælena. Le lendemain hématémèse continue, suintement de sang aux points d'injection ; anémie de plus en plus forte ; l'enfant meurt le soir après une hématémèse encore plus forte.

II. — MORTINATALITÉ ET MORTALITÉ INFANTILE

1° Morts pendant la gestation

Total = 19. Pourcentage : 0,96 %.
Comme causes, nous avons trouvé :
6 fois la syphilis,
3 fois l'hypertension et l'albumine,
2 fois l'insertion basse du placenta.

2° Morts pendant le travail.

Total = 8. Pourcentage : 0,40 %.

L'accouchement eut lieu :

6 fois à terme,

1 fois prématuré (grossesse gémellaire).

On pratiqua une version pour présentation de l'épaule.

Comme causes nous relevons :

1 malformation,

1 infection amniotique,

2 procidences du cordon,

1 présentation de l'épaule,

1 circulaire serré autour du cou.

3° Morts pendant leur séjour à la Maternité.

Total = 38. Pourcentage : 1,92 %.

Nés à terme : 15.

Prématurés : 23.

Opérations : 4 forceps.

— : 1 version.

De ceux nés à terme :

6 moururent le premier jour,

5 moururent du deuxième au dixième jour,

4 moururent après le dixième jour.

Des prématurés :

18 moururent le premier jour,

4 du deuxième au dixième jour,

1 après le dixième jour.

TROISIÈME PARTIE

LE SERVICE SOCIAL

Nous ne ferons que rapporter ici le compte rendu des résultats obtenus par ce service créé en 1924 et destiné à compléter par son action l'aide apportée aux femmes en couches par l'administration de l' « Assistance publique » (Voir la thèse du Dr Henry : *Fonctionnement de la Maternité de Boucicaut en 1924*, au sujet de la création du Service social).

Le Service social a vu aux consultations prénatales 2.530 nouvelles femmes inscrites pendant l'année 1926 qu'il a aidées, suivies et conseillées suivant leurs besoins sans compter les anciennes inscrites qui ont eu constamment recours aux Assistances sociales :

Femmes accouchées vues par le service social :

1.870 femmes ayant à la sortie un enfant vivant. Pour ces femmes le Service social a fait :

272 demandes de secours ;

24 placements de mères abandonnées avec leur bébé ;

45 placements d'enfants en pouponnières ;

7 placements d'enfants de parents tuberculeux à « l'Œuvre du Placement familial des Tout-Petits » ;

2 rapatriements d'étrangères ;

15 demandes de logements.

Le Service social a empêché en les aidant suffisamment pour qu'elles aiment à les élever :

3 mères d'abandonner leurs bébés.

Sur 11 enfants complètement abandonnés, 7 ont été définitivement adoptés par des familles trouvées par le Service social.

Statistique générale.

Sur 1.870 mères ayant un enfant vivant à la sortie :

1.450 ont gardé définitivement leur enfant avec elle ;

87 ont gardé provisoirement leur enfant avec elle ;

1 a mis son bébé chez une nourrice au sein ,

95 les ont mis en nourrice chez des parents ;

45 les ont mis en pouponnière ;

181 les ont mis chez des nourrices étrangères ;

11 ont complètement abandonné leurs bébés.

Sur ces 1.870 femmes.

200 étaient complètement abandonnées et seules pour élever leur bébé ;

103 les ont placés en pouponnière ou nourrice ;

24 ont été placées par le Service social avec leur enfant ;

73 ont élevé leur bébé elles-mêmes en retournant chez elle et ont repris leur vie antérieure.

CONCLUSIONS

La Maternité de l'Hôpital Boucicaut comprend en 1926 les mêmes services qu'en 1925 :

1° Service d'hospitalisation pour femmes enceintes parturientes et accouchées.

Ce service admet également les femmes non enceintes mais présentant des affections gynécologiques nécessitant une intervention chirurgicale ;

2° Service de policlinique comprenant :

a) Consultations pour femmes en état de gestation ;

b) Consultations pour mères, nourrices et nourrissons ;

c) Dispensaire pour la prophylaxie et le traitement de la syphilis héréditaire ;

d) Consultation de gynécologie.

Vu : Le Président de la thèse,
COUVELAIRE.

Vu : Le Doyen,
ROGER.

Vu et permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris,
S. CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

Thèses de Job et de Géand. — Fonctionnement de la Maternité de la Clinique Baudelocque pendant les années 1921 et 1922.

Thèses de Henry et de Piry. — Fonctionnent de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut pendant les années 1924 et 1925.

Thèse de Bernard Bercoovici. — Contribution à l'étude de la césarienne basse. Paris, 1927.

Thèse sur la Cryptosyphilis.

Thèse de Marcotte.

Nous mentionnons ici tous les ouvrages inspirés par M. Le Lorier, qui sont de nature à compléter notre étude sur le fonctionnement de la Maternité de l'Hôpital Boucicaut.

TABLE DES MATIÈRES

Pages

INTRODUCTION..... 7

PREMIERE PARTIE

LES CONSULTATIONS.

Consultations prénatales..... 9
Consultations dispensaire de prophylaxie anti-vénérienne.. 9
Consultations de gynécologie..... 10
Consultations de nourrissons..... 10

DEUXIÈME PARTIE

LE SERVICE D'ACCOUCHEMENT.

Hospitalisation. Statistique..... 11
CHAP. PREMIER. — Pathologie de la gestation..... 13
CHAP. II. — Accouchements..... 27
CHAP. III. — Complications de la parturition..... 33
CHAP. IV. — Complications de la délivrance..... 37
CHAP. V. — Opérations..... 39
CHAP. VI. — Pathologie de l'après-part..... 58
CHAP. VII. — Mortalité marternelle..... 64

CHAP. VIII. — 1° Pathologie du nouveau-né..... 70
2° Mortinatalité et mortalité infantile..... 76

TROISIÈME PARTIE

LE SERVICE SOCIAL.

CONCLUSIONS..... 83
BIBLIOGRAPHIE..... 85

8179 — Impr. de la Faculté de Médecine, Jouve et Cie, 15, rue Racine, Paris. — 3-1928